

# Рак полового члена



- Рак полового члена – редкое злокачественное новообразование, которое обычно возникает в эпителии крайней плоти и головки полового члена и имеет схожие свойства с раком ротоглотки, женских половых органов и анального отверстия.

**Рак полового члена**

- Средний возраст пациентов 55-58
- Предраковые заболевания – Эритроплазия Кейра и болезнь Боуэна.

- Эритроплазией Кейра называют рак *in situ* при локализации первичного очага в области головки, препуциального мешка или ствола полового члена
- Болезнь Боуэна –поражение кожи других половых органов и области промежности.

**Предраковые заболевания**

- Отмечается увеличение частоты появления опухоли пениса у мужчин, не подвергавшихся обрезанию, что объясняется хроническим раздражением смегмы, наличием продуктов бактериального разложения, слущенных клеток эпителия. Подобное действие усиливается при наличии фимоза.

**Факторы риска**

- Наиболее значительные факторы риска развития рака полового члена:
- Фимоз
- Хронические воспалительные заболевания (баланопостит, облитерирующий ксеротический баланит)
- Курение
- Большое количество сексуальных партнёров
- Остроконечные кондиломы

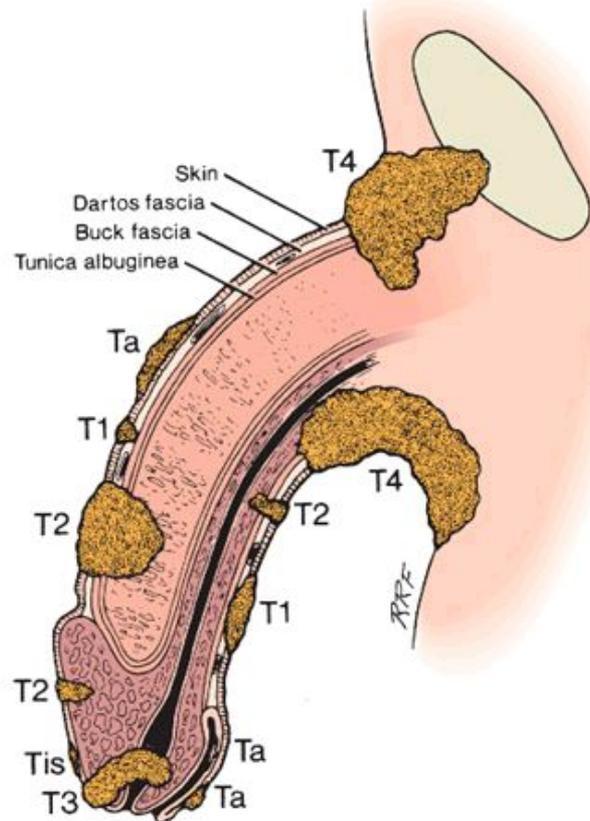
**Этиология**

- Хроническое раздражение кожи вследствие фимоза или воспалительных заболеваний и нарушение регуляции клеточного цикла при инфицировании папилломовирусом.

**Патогенез**

- **T – первичная опухоль**
- **TX** – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- **T0** – первичная опухоль не определяется.
- **TIS** – преинвазивная карцинома (carcinoma in situ).
- **Ta** – неинвазивная верукозная (бородавчатая) карцинома.
- **T1** – опухоль распространяется на субэпителиальную соединительную ткань.
- **T2** – опухоль распространяется на губчатое или пещеристое тело.
- **T3** – опухоль распространяется на уретру или простату.
- **T4** – опухоль распространяется на соседние структуры.
- **N – регионарные лимфатические узлы.**
- **NX** – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфоузлов.
- **N0** – нет признаков поражения метастазами регионарных лимфоузлов.
- **N1** – метастазы в одном поверхностном паховом лимфоузле.
- **N2** – метастазы в нескольких поверхностных паховых лимфоузлах или метастазы с обеих сторон (билатеральные).
- **N3** – метастазы в глубоких паховых лимфоузлах или в лимфоузлах (е) таза с одной или с обеих сторон.
- **M – отдаленные метастазы.**
- **MX** – недостаточно данных для оценки наличия отдаленных метастазов.
- **M0** – отдаленных метастазов нет.
- **M1** – метастазы в отдаленные органы.

## Клиническая классификация **TNM**



**Figure 34-2.** Because treatment decisions for inguinal node dissections are based on the characteristics of the primary lesion (see section on treatment of inguinal nodes), a careful assessment of the depth of invasion of the primary tumor is required. This diagram illustrates the importance of depth of invasion in assigning tumor (T) stage.

- Наиболее распространенная гистологическая форма рака полового члена – плоскоклеточный рак (до 95% всех случаев), значительно реже встречаются меланома и базальноклеточный рак.

**Патоморфология**

- Кожный рог
- Боуэновидный папулез
- Облитерирующий ксеротический баланит
- Интраэпителиальная неоплазия.

**Предраковые заболевания**

- В начале заболевания на коже появляется небольших размеров плотный участок, который постепенно увеличивается, становится неподвижным и сопровождается формированием язв.
- Очаг может иметь вид, как экзофитного, так и плоского новообразования. Кровянистые выделения появляются по мере роста опухоли.
- Частая локализация: головка полового члена, реже – крайняя плоть, очень редко – тело полового члена.
- Локальный деструктивный процесс на начальных стадиях не сопровождается болевым синдромом. Общее состояние больного длительное время остается удовлетворительным, но с ростом опухоли и возникновением метастазов появляются слабость, потеря веса, усталость.

## Клиническая картина

- Основные жалобы:
- Наличие опухоли
- Боль в области опухоли
- Боль в паховой области
- Резь при мочеиспускании и наличие паховых лимфатических узлов

**Диагностика**

- Первичный осмотр (размер, количество очагов, цвет и границы, взаимосвязь с оболочками, уретрой, губчатым и пещеристым телом, макроскопическая характеристика (папиллярная, нодулярная, язвенная опухоль).
- Пальпация регионарных л/у
- Для оценки глубины опухолевой инвазии – МРТ
- КТ органов брюшной полости и малого таза – для дальнейшего выявления отдельных метастазов
- Рентгенография органов грудной клетки.
- При возникновении сомнений о злокачественности – биопсия или цитологическое исследование.

## Физикальные и дополнительные методы обследования

- Облитерирующий ксеротический баланит
- Остроконечные кондиломы
- Бовеноидный папулез
- Сифилитический шанкр
- Венерическая лимфогранулема
- Герпес
- Туберкулёз и др.

**Дифференциальная диагностика**

- При раке полового члена используются хирургический метод, лучевая терапия и химиотерапия.
- При поверхностных опухолях используются, как правило, органосохраняющие методики: хирургическое иссечение опухоли с или без циркумцизио (обрезание), лазерное иссечение и фотодинамическая терапия в комбинации с местной аппликацией химиопрепаратов.

**Лечение**

- При глубокой инвазии перед широким лазерным иссечением опухоли проводят курс системной химиотерапии.
- В сложных случаях – ампутация головки с последующей реконструкцией. Лучевая терапия.
- Частичная ампутация полового члена
- Ампутация полового члена с промежностной уретростомией
- Системная химиотерапия – при распространении на соседние структуры.

**Лечение**

- Любая хирургическая методика предусматривает выделение опухоли в пределах здоровой ткани с обязательным послеоперационным патоморфологическим исследованием, целью которого является – подтверждение отсутствия опухолевой ткани по краю резекции.

Лечение

- Вероятность полного излечения рака полового члена высока. Однако следует учитывать, что в дальнейшем возможно появление рецидива опухоли. Поэтому после окончания лечения необходимо очень тщательное регулярное проведение контрольных обследований.
- Продолжительность наблюдения должна составлять 5 лет, т к большинство рецидивов может возникнуть именно в этот период.
- Основные методы наблюдения – визуальный осмотр и УЗИ.

**Наблюдение**